

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ISABELLE CRISTINE SANTANA DE OLIVEIRA**

**ORIENTAÇÃO MULTIDISCIPLINAR SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UM  
GRUPO DE ENVELHECIMENTO ATIVO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ISABELLE CRISTINE SANTANA DE OLIVEIRA**

**ORIENTAÇÃO MULTIDISCIPLINAR SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UM  
GRUPO DE ENVELHECIMENTO ATIVO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Maria Lígia dos Reis  
Bellaguarda**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **Orientação multidisciplinar sobre hipertensão arterial em um grupo de envelhecimento ativo** de autoria do aluno **Isabelle Cristine Santana de Oliveira** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

---

**Profa. Dra. Maria Lígia dos Reis Bellaguarda**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>1.1. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>02</b>
<b>1.2. OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>03</b>
<b>1.3. ESPECÍFICO.....</b>	<b>03</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>04</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>10</b>
<b>4 CRONOGRAMA.....</b>	<b>11</b>
 <b>REFERÊNCIAS.....</b>	 <b>12</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida em todo o mundo observou-se uma maior incidência e prevalência de certas doenças, particularmente as doenças cardiovasculares. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) participa de quase metade delas (MIRANDA, 2002).

A Organização Mundial da Saúde considera idoso, nos países em desenvolvimento, os indivíduos com 60 anos ou mais. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo esta a principal doença crônica nessa população (MIRANDA, 2002).

A HAS em idosos está associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares com consequente diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida. Inúmeros estudos demonstraram os benefícios do tratamento da HAS na população desta faixa etária, com redução significativa dos eventos cardiovasculares e melhora na qualidade de vida. Tanto o tratamento medicamentoso como o não farmacológico devem ser empregados, sempre considerando o indivíduo com suas co-morbidades e expectativas. As modificações de estilo de vida podem ter ótima aderência, desde que bem orientadas, especialmente através de equipe multidisciplinar (MIRANDA, 2002).

O aumento da população idosa, em termos de saúde pública, traduz-se em maior numero de problemas crônicos, entre elas a hipertensão arterial, de alta prevalência nesta faixa da população, tornando-se necessário o maior conhecimento e capacitação dos profissionais da área de saúde para diagnóstico e tratamento precoces e adequados, com mudanças do estilo de vida, medicamentos e pessoal capacitado e também de medidas de prevenção das complicações próprias da hipertensão arterial para redução de morbimortalidade cardiovascular com manutenção ou melhora da qualidade de vida e de independência funcional (JOBIM, 2008).

Atualmente, a enfermagem necessita ter uma melhor compreensão sobre educação em saúde na terceira idade, tendo em vista que esta necessita de atividades de prevenção e cuidados mais específicos para esta etapa da vida. Com isso, a enfermagem precisa atuar na ação/cuidado voltada para a promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde deste ser (MARTINS, 2007).

Assim, fomentar ações de Educação em Saúde é fundamental para que ocorra maior aproximação neste espaço que auxilia o idoso a ter domínio sobre as questões que venham melhorar seu desempenho diário em diferentes funções, sendo que, a educação em saúde visa promover o desenvolvimento do conhecimento. Com isso melhora a qualidade de vida e saúde das pessoas envolvidas neste processo (MARTINS, 2007).

Outro fator importante que se estabelece no momento em que se compreende Educação em Saúde são as questões que direcionam para a autonomia dos idosos, em poder decidir sobre as intervenções em seu corpo, assim como no seu bem estar como todas as suas principais funções. Quando a educação em saúde é desenvolvida de modo dialógico, num processo contínuo de interação entre prática e teoria, capacita os indivíduos a avaliar e transformar a realidade, na qual se encontram inseridos (MARTINS, 2007).

Com isso, iremos avaliar o conhecimento prévio de um grupo de envelhecimento ativo sobre hipertensão arterial, tratamento e prevenção, trabalhando durante certo período com palestras, dinâmicas e reavaliando posteriormente o impacto desse novo conhecimento na qualidade de vida dos idosos.

### **1.1. JUSTIFICATIVA:**

A Enfermagem não deve focar sua ação/cuidado somente na assistência ao idoso portador de doenças, mas sim atuar na promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde deste ser. Respeitar a independência do idoso, primando a participação deste no processo de cuidado, pode ser considerada uma meta para a assistência qualificada e assim, cuidar do idoso sem o invadir ou o possuir.

Os conhecimentos que fornecem subsídios para uma prática de cuidado integral incluem o entendimento das necessidades humanas, adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida, de dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

O bem-estar da idade avançada depende, em grande parte, das experiências anteriores, ou seja, das possibilidades que se teve de levar um estilo de vida sadio, da promoção da saúde e do desenvolvimento de atitudes, frente a um grupo de orientações de uma equipe multidisciplinar.

Por fazer parte da equipe de Geriatria e Gerontologia da Santa Casa de Maceió a 04 anos (quatro) e constatado na prática que os assuntos abordados durante os encontros, tais como a importância da vacinação, impactaram na aceitação de se vacinar ou não, ou em relação a própria

fisiologia do envelhecimento, melhorou o entendimento em relação as mudanças que ocorrem no organismo, com esse trabalho pretendo evidenciar a importância da orientação e interação da equipe multiprofissional com o grupo de envelhecimento ativo, e quais os impactos positivos em relação a prevenção, tratamento e manutenção da hipertensão arterial na vida desses idosos.

## **1.2. OBJETIVO GERAL:**

Apresentar o relato de experiência da ação de orientação aos idosos sobre hipertensão arterial e mudanças na qualidade do estilo de vida dessa população.

## **1.3. ESPECÍFICO**

- Identificar o entendimento prévio sobre o tema abordado;
- Descrever a participação do grupo durante os encontros de orientação da equipe multidisciplinar;
- Relacionar o impacto dessas orientações na qualidade de vida desses idosos;
- Analisar mudanças de estilo de vida pós-orientação multidisciplinar.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### **Panorama da hipertensão arterial sistêmica**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ( $PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$ ). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença



cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de morte atribuível a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, a prevalência média de HAS autor referida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

Nessa mesma pesquisa, a frequência de adultos que referiram diagnóstico de HAS esteve entre 12,9% em Palmas e 29,8% no Rio de Janeiro. Ressalta-se que, no sexo masculino, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (23,9%) e em Campo Grande (23,9%) e, entre as mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (34,7%) e em Recife (30,3%) (BRASIL, 2012).

Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31% (PICON et al., 2012), sendo que entre idosos esse valor chega a 68% (PICON et al., 2013). Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, 2004).

### **A hipertensão arterial em idosos**

Existem alguns aspectos importantes a considerar neste grupo:

- A hipertensão sistólica é muito comum em idosos. O objetivo é a redução gradual da PA para valores abaixo de 140/90mmHg. Na presença de valores muito elevados de PA sistólica podem ser mantidos inicialmente níveis de até 160mmHg. Não está bem estabelecido o nível mínimo

tolerado da PA diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

- Maior frequência de hiato auscultatório, que se caracteriza quando, após a ausculta dos sons iniciais, ocorre o desaparecimento dos sons e o seu reaparecimento em níveis pressóricos mais baixos, o que subestima a verdadeira pressão sistólica. Pode-se evitar este tipo de erro palpando o pulso radial e inflando o manguito até o seu desaparecimento (20 a 30mmHg acima deste nível).
- Pseudo-hipertensão, caracterizada por níveis pressóricos falsamente elevados, devido ao enrijecimento da parede arterial, que dificulta a oclusão da artéria. Podemos identificar esta situação com a Manobra de Osler que consiste em inflar o manguito até acima do nível da pressão sistólica e palpar a artéria radial. Nos pacientes que apresentam calcificação vascular a artéria permanece palpável (sinal de Osler positivo).
- A hipertensão do avental branco é mais comum em idosos, especialmente em mulheres (JOBIM, 2008).
- Hipotensão ortostática: é diagnosticada quando os níveis de pressão sistólica diminuem 20 mmHg ou mais ou os níveis diastólicos diminuem 10 mmHg ou mais, um a três minutos após o paciente assumir a postura ereta, com ocorrência em um de cada seis idosos hipertensos (JOBIM, 2008).

### **Tratamento e Acompanhamento das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica**

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Um dos desafios para as equipes é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

## Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida.

Entre as MEV está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3mmHg (IC95%<sup>1</sup>: 2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%<sup>1</sup>: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica [**GRADE B**] (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011; MOREIRA et al, 1999).

Outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas [**GRADE D**] (LUBIANCA et al., 2005; ATTHOBARI et al., 2007). Embora fumar seja um fator de risco para o desenvolvimento de DCV, o papel do tabagismo como fator de risco para HAS não está, ainda, bem definido (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004).

Estudo realizado na Índia mostrou uma relação significativa do tabagismo com a prevalência da HAS (GUPTA; GUPTA, 1999). Fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo, o seu efeito se manter por até duas horas (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudos estimam um aumento de até 20mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado (FERREIRA et al, 2009; CHOBANIAN et al., 2003).

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% (KAPLAN, 2010).

A adoção de hábitos saudáveis, como alimentação, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo serão abordados no *Cadernos de Atenção Básica, n° 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*.

## **Tratamento medicamentoso**

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 ( $PA \geq 160/100\text{mmHg}$ ) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses. Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa. O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

## **Educação em saúde com idosos**

Uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável são as ações educativas. Torna-se fundamental que a Enfermagem não esteja focada somente na assistência ao idoso portador de doenças, mas que atue também na promoção, manutenção e recuperação da saúde desse ser humano (MARTINS, 2007).

Com os avanços da medicina para curar e retardar a evolução das doenças, a Enfermagem, bem como todos integrantes da equipe multidisciplinar, deve ter conhecimentos atualizados sobre os cuidados com as pessoas já idosas ou em processo de envelhecimento, uma vez que essa população é a de maior crescimento previsto para os próximos anos.

Os grupos de terceira idade ou grupos de idosos constituem-se num novo espaço para o extravasamento de emoções, podendo funcionar como canal de comunicação entre idosos e familiares ou entre idosos e profissionais de saúde (ZIMERMAN, 2000). O trabalho em grupo estimula o conhecimento dos problemas relacionados ao processo de envelhecimento, tanto profiláticos, de cura e reabilitação, os físicos e psicológicos; resgata a re-socialização (formação de novos relacionamentos) e; estimula a criação de programas de promoção da saúde e da educação dirigidos à população idosa. Grupo pode ser compreendido “como um lócus que articula as várias dimensões da vida humana: social, porque aproxima, agrega, compartilha e/ou divide interesses e expectativas, constrói pessoas (sujeitos históricos) que constroem comunidades e estas, por sua vez, constroem os sujeitos; subjetiva, caracterizada pelos afetos, emoções, intelecto e cognição que também são conformados na realidade sócio histórica da existência individual e coletiva das pessoas; e, a biológica, que sintetiza no processo saúde doença, as múltiplas determinações constitucionais e genéticas, as relacionadas ao ambiente, além da atitude pessoal de cada um, na forma como interage com o meio interno, e psíquico, e externo” (Silva, 2006).

Apesar dos aspectos positivos apontados na literatura acerca dos benefícios do trabalho em grupo, ao se traçar intervenções que visem à promoção e educação em saúde deve-se considerar os modos de pensar dos sujeitos envolvidos, edificados ao longo do processo de viver. Somente com ações construídas coletivamente é que talvez, possam ser reinventados novos caminhos para promover a saúde.

Na literatura da enfermagem, a utilização de estratégias de trabalhos em grupos para o cuidar do ser humano é referenciada já na década de setenta do século XX, sendo a área da saúde pública a pioneira ( Sant’Anna, 2000).

Percebe-se neste contexto que a enfermagem vem produzindo conhecimentos através dos trabalhos com grupos por serem estes espaços que favorecem o empoderamento dos envolvidos, tanto em nível individual como coletivo, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde doença de cada ser (Silva, 2006).

Considerar o grupo como espaço de crescimento e que favorece a prática da promoção e da educação em saúde pode contribuir para que a enfermagem se solidifique neste campo de atividade assistencial e educativa.

### **3. MÉTODO**

#### **Tipo de estudo**

Este trabalho refere-se a um relato de experiência a ser realizado a partir da vivência da Equipe Multidisciplinar de Geriatria e Gerontologia de uma Santa Casa no município de Maceió, Estado de Alagoas.

#### **Participantes do estudo**

Os participantes serão os usuários dos serviços de saúde que frequentam o grupo de idosos da Santa Casa de Maceió do Local de desenvolvimento do estudo “Envelhecimento Ativo”.

Corresponde este grupo a uma média de 90 (noventa) idosos. E o grupo multidisciplinar congrega enfermeiros, médicos, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e educador físico.

O grupo da “Terceira Idade” é um espaço no qual são mostrados aspectos de importância na saúde do idoso, proporcionando uma melhor qualidade de vida na terceira idade. As questões de saúde direcionadas a estes grupos foram escolhidas pela Equipe Multidisciplinar de Geriatria Gerontologia da Santa Casa de Maceió.

#### **Local de desenvolvimento do estudo**

As atividades ocorrerão entre os meses de Junho a Agosto de 2014, no Centro de Estudos da Santa Casa de Maceió. O Centro de Estudos Professor Lourival de Mello Mota da Santa Casa de Maceió, tem sido um instrumento de contínua fomentação científica e do desenvolvimento profissional de toda a comunidade médica da instituição ao longo dos seus 150 anos de existência. Além de cumprir este papel considerado essencial no aprimoramento e na qualificação profissional, permite ter como grandes beneficiários aqueles que acorrem diariamente a esse complexo hospitalar.

#### **Caminho metodológico do estudo**

Tratar-se-á de um relato de experiência a partir da vivência de profissionais que atendem grupos de gerontogeriatria especificamente do ponto de vista da hipertensão arterial. Para a

descrição da experiência utilizar-se-á o trabalho em grupo, num total de 13 (treze) encontros de 02 (duas) horas cada um. Em cada reunião os temas serão relacionados à Hipertensão Arterial, abordando aspectos na prevenção, controle e tratamento medicamentoso e não medicamentoso, em que trazem ações de saúde para melhorar a vida diária dos mesmos. Essas atividades serão fundamentadas na metodologia participativa, que tem como fundamentação a atuação efetiva dos participantes no processo educativo sem considerá-los meros receptores.

Proporcionando a participação dos idosos, valoriza-se seus conhecimentos e suas experiências, envolvendo-os na discussão e dando enfoque a vida cotidiana (LOPES, MORAES E AZEVEDO, 2001). Para desenvolver tal metodologia (LOPES, MORAES E AZEVEDO, 2001) recomenda a criação de um clima lúdico e de liberdade nas atividades, um trabalho onde os participantes sejam agentes ativos de sua própria história e a dinamização através de técnicas em grupo pedagógicas baseadas no prazer, na vivência e na participação.

Os diálogos serão descritos na íntegra para que seja realizada a análise dos elementos observados e contextualizados da experiência. Assim, as informações que emergirem poderão ser agrupadas, caracterizadas por aproximação de idéias que congreguem ao conhecimento das abordagens e entendimento do grupo de idosos acerca da terapêutica e cuidados com a hipertensão arterial.

Após será redigido um relato de experiência dessa vivência e das trocas de informações entre equipe multidisciplinar x grupo de envelhecimento ativo, e o impacto desse trabalho na qualidade de vida desses idosos.

### **Questões éticas do estudo**

Lembrando que por não se tratar de pesquisa, o projeto não será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não serão utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais. E o produto que pretendemos alcançar é uma nova estratégia assistencial (TECNOLOGIA DE CUIDADO OU DE CONDUTA).





## REFERÊNCIAS

ATTHOBARI, J. et al. The impact of hormonal contraceptives on blood pressure, urinary albumin excretion and glomerular filtration rate. **British journal of clinical pharmacology**, Oxford, v. 63, n. 2, p. 224-231, fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR\\_2011.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf)>.

BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. Royal College of Physicians. **Management in adults in primary care: pharmacological update**. Hypertension. NICE Clinical Guideline 18. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG018>>.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289, p. 2560-2572, dez. 2003.

CHOBANIAN, A. V. (Org). **The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 88 p.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERREIRA, S. R. S. et al. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Gerência de saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

GUPTA, R.; SINGH, V.; GUPTA, V. P. Smoking and Hypertension: the Indian scenario. **South Asian Journal of Preventive cardiology**, Jaipur, India, 2004. Disponível em: <[www.sajpc.org/vol7/vol7\\_2/smokingandhypertension.htm](http://www.sajpc.org/vol7/vol7_2/smokingandhypertension.htm)>.

JOBIM, E. F. C. Hipertensão arterial no idoso: classificação e peculiaridades. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 250-253, nov./dez. 2008.

KAPLAN, N. M.; ROSE, B. D. **Treatment of hypertension in the blacks**. Disponível em: <<http://www.uptodateonline.com>>.

LOPES, E.B.; LUZ A. M. H.; AZEVEDO M. do P. S. M. T. and MORAES W. T. de. Metodologias participativas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer, compreender, acolher*. Brasília, 2001.

MARTINS, Josiane de Jesus, et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 09, n. 02, p. 443 - 456, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>

MIRANDA, Roberto, et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertens* 9: 293-300, 2002.

MOREIRA, W. D. et al. The effects of two aerobic training intensities on ambulatory blood pressure in hypertensive patients: results of a randomized trial. **Journal of clinical epidemiology**, New York, v. 52, n. 7, p. 637-642, jul. 1999.

PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Am. J. Hypertens.**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 541-548, apr. 2013. Doi: 10.1093/ajh/hps076. Epub 2013 Jan 29.

SANT'ANNA SC, FERRIANE MGC. O trabalho de grupo: reflexões do cotidiano, relato de uma experiência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000 jul; 8(3):97-101.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SILVA MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm* 2006 maio-ago; 11(2):143-9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

ZIMMERMAN GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre (RS): Artmed; 2000.